Mr L. RAMON
Directeur
Dr J. COULLAUT
Psychiatre
Psychothérapeute
Dr A. AIT-AMEUR
Ancien Chef de Clinique Assistant des Universités
Psychiatre - Psychothérapeute
Dr B. YAZIT
Ancien praticien hospitalier des Hôpitaux de Paris
Psychiatre – Psychothérapeute

CLINIQUE DE MIREMONT
Groupe Cap Santé

Route de Marseillette
11800 BADENS

Madame, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, nous vous demandons de suivre les indications suivantes :

I - COMPLETER LE DOSSIER DE PRE-ADMISSION qui doit comporter :

- Fiche administrative complétée
- Copie de l'attestation de la sécurité sociale et copie de la carte vitale
- Copie recto/verso de votre carte mutuelle
- Copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité (CNI, passeport, Titre de séjour)
- Fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin traitant
- Photocopie du jugement dans le cas de mise sous curatelle ou tutelle
- Bulletin(s) de sortie du (des) précédent(s) établissements(s) de soins sur l'année en cours
  * Un chèque de 450.00 € (garantie en cas de non prise en charge)
  * Un chèque de 80.00 € (garantie en cas de dégradation du matériel)
- Dernières ordonnances des traitements en cours (somatiques et psychiatriques de moins de 3 mois). Vous devez ramener uniquement les traitements non psychiatriques pour 3 jours de prise en charge qui doivent être remis au personnel soignant dès votre arrivée.
- Les comptes rendus des pathologies chroniques.
- Bilans sanguins de moins de 6 mois et ECG de moins de 12 mois

II – RETOURNER LE DOSSIER COMPLET SOUS QUINZE JOURS

Par courrier : Clinique de Miremont, 11800 BADENS
Par messagerie sécurisé *: miremont.service@capsante.mssante.fr* (Cette adresse n'est joignable que depuis une autre adresse MSSanté ou depuis mon Espace Santé)

III – INFORMATIONS CONCERNANT LE TRANSPORT

Votre médecin traitant peut vous prescrire **un transport remboursé par l'Assurance Maladie**, quelle que soit la durée d'hospitalisation, pour l'entrée et la sortie de la clinique (-de 150km). La prise en charge de transport de plus de 150 km, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Après validation de votre dossier par l'équipe médicale de l'établissement, le secrétariat vous contactera pour fixer avec vous le jour et l'heure d'arrivée.
Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Le service des admissions

CLINIQUE DE MIREMONT

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Cadre réservé à la clinique : Date réception du dossier : ……Date validation médicale : ……

FICHE ADMINISTRATIVE ET SOCIALE

Nom : ……Nom de naissance : …… Date et lieu de naissance : ……

Prénom : …… Profession : ……

Adresse : ……

Téléphone : …… Mail : ……

MODE DE VIE

Situation familiale :

□ *Célibataire*
□ *Concubinage*
□ *Marié(e)*
□ *Divorcé(e)*
□ *Veuf (ve)*

Logement :

□ *Personnel*
□ *Hébergement en structure (préciser)*
……
□ *Hébergement chez un tiers*
□ *Autre (préciser)*……

RESSOURCES

□ *Sans revenu*
□ *Salarié*
□ *Retraité(e)*
□ *Chômage*
□ *Invalidité* □ *RSA* □ *AAH* □ *Autre (préciser)* ……

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE

N° de sécurité sociale : ……

Nom et adresse Caisse d'assurance maladie : ……

Mutuelle Nom et Adresse de la mutuelle : ……
Souhaitez-vous une chambre particulière dans la mesure du possible ? □ OUI □ NON

□ ALD □ Invalidité □ CMU □ Autres : (préciser)……

PROTECTION DES BIENS

□ Pas de protection
□ Sauvegarde de justice
□ Curatelle simple
□ Curatelle renforcée
□ Tutelle aux prestations sociales
□ Tutelle

Organisme : ……
Nom du protecteur : ……
Adresse : ……
……
Téléphone : ……

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

DOSSIER à compléter par un MEDECIN PSYCHIATRE ou TRAITANT – **Nom du praticien** : ……

Nom et prénom du patient : ……

MOTIF DE L'ADMISSION

TRAITEMENT ACTUEL

Photocopie obligatoire de la dernière ordonnance (moins de 3 mois), les comptes rendus des pathologies chroniques.

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES, MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, MALADIES CHRONIQUES

ANTÉCÉDENTS DE PRISE DE TOXIQUE

Type de toxiques et durée de l'addiction :

- Alcool OUI NON Date de sevrage : ……
- Cannabis OUI NON Date de sevrage : ……
- Cocaïne OUI NON Date de sevrage : ……
- Opiacés OUI NON Date de sevrage : ……
- Amphétamines OUI NON Date de sevrage : ……
- Dépendance OUI NON si Oui remplir :……

AUTONOMIE

Le patient :

- ❖ S'habille-t-il seul ? OUI NON
- ❖ Fait-il la toilette seul ? OUI NON
- ❖ S'alimente-t-il seul ? OUI NON
- ❖ Se déplace-t-il seul ? OUI NON
- ❖ Présente-t-il des troubles de l'élimination ? OUI NON Quel Type : ……
- ❖ Présente-t-il des troubles de la déglutition ? OUI NON

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DES CONDUITES

Le patient :

- ❖ Tendance à l'agressivité ? OUI NON
- ❖ Désorientation temporo-spatiale ? OUI NON
- ❖ Troubles amnésiques ? OUI NON
- ❖ Troubles alimentaires ? OUI NON
- ❖ Troubles du sommeil ? OUI NON
- ❖ Problème de vivre en collectivité ? OUI NON
- ❖ Problème de communication OUI NON

Validation collégiale du dossier de préadmission : □ Dossier accepté □ Dossier refusé
Date :
Signature :